

MANEJO ACTUAL DE ESPECTRO DE PLACENTA ACRETA A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: ALEIDA ZARAGOZA, FLOR SOTO, RODRIGO JAIMES, PERLA GAUCIN, LAURO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN

El manejo de pacientes con acretismo placentario reviste una importancia fundamental, dado su significativo índice de morbilidad y mortalidad materna, principalmente atribuible a las complicaciones hemorrágicas que caracterizan esta condición. En nuestro centro hospitalario, aproximadamente el 70% de los casos de embarazo se resuelven mediante vía abdominal, circunstancia que conlleva un incremento sustancial del riesgo de desarrollar placenta acreta spectrum (PAS) en gestaciones subsiguientes.

OBJETIVOS

Es fundamental establecer un protocolo estandarizado para el manejo del espectro de placenta acreta (PAS), en colaboración con un equipo multidisciplinario. Asimismo, es esencial contar con el material necesario para abordar de manera efectiva la hemorragia obstétrica asociada a esta condición.

DEFINICIÓN

Acretismo placentario: situación en que el trofoblasto se implanta de forma anormal al miometrio y/o órganos adyacentes

CASO CLÍNICO

Nombre: J.C.S **Edad:** 36 años

Estado civil: Casada **Hemotipo:** O +

APP: Enfermedades crónicas degenerativas negadas, transfusiones negadas.

Antecedente de 2 cesáreas previas en 2012 y 2013

AGO: Gesta 4, Aborto 1, Cesáreas 2

Fecha de ingreso: 24.11.23

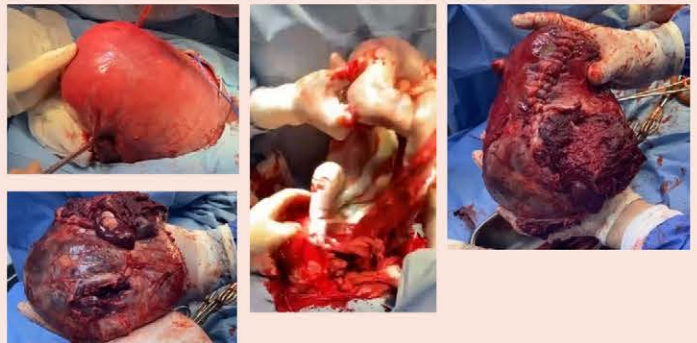
Motivo de ingreso: Cifras tensiones elevadas con datos clínicos positivos para encefalopatía hipertensiva, así como actividad uterina irregular, sin pérdidas transvaginales, movimientos fetales perceptibles.

Diagnóstico de ingreso: EIU de 36.3 SDG por FUM + Enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar + Descartar placenta previa + Cesárea iterativa

Manejo hospitalario: Se realiza diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad + acretismo placentario. Por lo cual ingresa a quirófano para realización de cesárea-histerectomía. Se extrae producto, se corta y liga el cordón umbilical, manteniendo placenta in situ, se realiza histerorrafia para posteriormente continuar con histerectomía. Sangrado total de 4500 cc, requiriendo transfusión de 5 PG y 5 PFC, clasificado como hemorragia obstétrica, motivo por el cual es ingresada a UCI.

Diagnóstico postquirúrgico: Puerperio patológico inmediato secundario a hemorragia obstétrica + post operada de histerectomía obstétrica + transfusión masiva + preeclampsia con datos de severidad.

Fecha de egreso: 03.12.23



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Cesárea-histerectomía

Se recomienda iniciar con una incisión vertical para obtener mayor visualización de la localización placentaria, vasos colaterales o signos de preclampsia previo a la realización de la histerectomía

Posterior al nacimiento se realiza histerorrafia para lograr la disminución de pérdida sanguínea y posteriormente realizar la histerectomía con la placenta in situ

Manejo conservador

Expectante

Mantener la placenta in situ posterior al nacimiento realizando el corte de cordón umbilical en el sitio de inserción placentaria y posteriormente realizar histerorrafia

Histerectomía de intervalo

Indicado en pacientes con amenaza para la vida o en los cuales no se puede hacer histerectomía inmediatamente por la extensión placentaria. La histerectomía se realizará hasta 6 meses post parto

CONCLUSIONES

La formación de equipos especializados en respuesta obstétrica inmediata se revela como una necesidad urgente, dado el incremento significativo en la tasa de cesáreas en nuestro hospital. Este fenómeno conlleva un aumento preocupante en la incidencia de acretismo placentario entre nuestra población. Es imperativo que estos equipos estén adecuadamente preparados y coordinados para enfrentar estos casos clínicos con eficacia y precisión, garantizando así la mejor atención posible para el binomio materno-fetal así como lograr una disminución de las secuelas dadas al manejo médico de esta patología.

CiNTeB Ciencia Nutrición Terapéutica Bioética